

Inleiding - Toezichtvragen msz

Inleiding

Binnen alle particuliere klinieken* (hierna: klinieken) in Nederland bestaat een grote variatie aan behandelaanbod en organisatievormen. Om hier als Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) adequaat toezicht op te kunnen houden heeft de IGJ actuele informatie over deze particuliere klinieken nodig. Deze informatie wordt jaarlijks uitgevraagd en de set vragen die IGJ hiervoor gebruikt staan in deze publicatie beschreven (Toezichtvragen msz). Deze vragen kunnen zowel betrekking hebben op organisatorische als op zorginhoudelijke thema's, waarbij het behandelaanbod van de kliniek van invloed is op het aantal toezichtvragen.

Het antwoord op een toezichtvraag kan een signaal over de (kwaliteit van) zorg geven op grond waarvan de IGJ kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de IGJ vragen worden gesteld aan de kliniek. Overigens vormt de IGJ niet alleen op basis van de aangeleverde toezichtvragen een oordeel over een individuele kliniek. 'Toezichtvragen msz' zijn een hulpmiddel voor het risicogestuurde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals bijvoorbeeld thematoezicht en meldingen van en over een kliniek.

Openbaarmaking

De resultaten van de 'Toezichtvragen msz' worden jaarlijks als dataset openbaargemaakt op de website <https://data.overheid.nl/>. De 'Toezichtvragen msz' geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele kliniek. Om die reden wordt aan klinieken gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld via de website van de kliniek.

Wettelijk kader

Klinieken zijn verplicht om de 'Toezichtvragen msz' aan de IGJ aan te leveren als zij daarvoor een uitnodiging hebben ontvangen. Deze verplichting volgt uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 24 en de Algemene wet bestuursrecht, artikel 5. Dit in relatie tot artikel 2, 3 en 7 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Verbeterdoelen msz

Naast deze 'Toezichtvragen msz' vraagt de IGJ aan sommige grote (ketens van) klinieken om een aantal verbeterdoelen aan te leveren. Deze verbeterdoelen staan beschreven in de publicatie 'Verbeterdoelen msz'. In deze publicatie wordt een nadere toelichting op de verbeterdoelen gegeven. De IGJ maakt met individuele klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de IGJ moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Deze klinieken ontvangen in december van het verslagjaar of begin januari van het daaropvolgende jaar een separate uitnodiging van de IGJ om deze verbeterdoelen aan te leveren. Als

de IGJ geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de IGJ aan te leveren.

Aanlevering

De 'Toezichtvragen msz' moeten door klinieken aangeleverd worden op <https://www.desan.nl>. Alle klinieken moeten de toezichtvragen vóór 15 april van het jaar volgend op het verslagjaar aanleveren en krijgen hiervoor in december van het verslagjaar of begin januari van het daaropvolgende jaar een uitnodiging. Voor de aanlevering van verbeterdoelen door particuliere klinieken worden door de IGJ individuele afspraken gemaakt met de klinieken die deze verbeterdoelen aan moeten leveren.

Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de 'Toezichtvragen msz'. Toch is het mogelijk dat er discrepanties bestaan tussen deze publicatie van de 'Toezichtvragen msz' en de digitale uitvraag op de website van Desan. Mocht dat zo zijn, dan is de versie zoals die op de website <https://www.desan.nl> staat, leidend.

Wijzigingen

Wat zijn de wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie (2024)*:

1. De Basisset MSZ is vervangen door twee aparte documenten: 'Verbeterdoelen msz 2025' en 'Toezichtvragen msz 2025';
2. Er is één toezichtvraag vervallen: 'Time-out';
3. Er is één nieuw verbeterdoel: 'Optimaliseren diagnostische processen';
4. De overige toezichtvragen zijn vanwege herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst, waarbij mogelijk de inhoud minimaal is gewijzigd.

Voor vragen over de publicatie 'Toezichtvragen msz' kunt u mailen naar: verbeterdoelenmsz@igj.nl. Voor informatie over de aanlevering van verbeterdoelen wordt u verwezen naar de veel-gestelde-vragenlijst op de website van de IGJ (<https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/02/18/veelgestelde-vragen-over-verbeterdoelen>).

8. Algemene vragen particuliere klinieken

In dit hoofdstuk vindt u een aantal algemene organisatorische toezichtvragen specifiek voor de particuliere klinieken. Dit zijn vragen die de inspectie meer inzicht geven in de organisatie van de particuliere kliniek. De vragen zijn onderverdeeld in algemene organisatorische vragen, vragen over het personeel en vragen over de behandelingen die een instelling aanbiedt. Bij enkele vragen is het diagnostisch onderzoek (onder diagnostisch onderzoek wordt verstaan: beeldvormend, biometrisch, klinisch chemisch en/of pathologisch onderzoek) geëxcludeerd. Dit is expliciet aangegeven en indien dit niet is benoemd, dan moeten deze aantallen dus worden geïnccludeerd. Deze vragen moet elke particuliere kliniek beantwoorden voordat de overige informatie digitaal aangeleverd kan worden.

8.1 Algemene organisatie / 8.1.1 Toezichtvraag: Organisatie

Naam instelling

Kliniek voor Esthetische Geneeskunde

Aantal locaties

1

Naam locatie (indien van toepassing)

Kliniek voor Esthetische Geneeskunde en Kliniek voor Integrale Gezondheid

KvK-nummer

53771605

Vestigingsnummer

000023625910

Straatnaam

Oosteinde

Huisnummer

9A

Postcode

1017WT

Plaats

Amsterdam

Correspondentie e-mailadres (zoveel mogelijk een algemeen/niet-persoonsgebonden e-mailadres gebruiken)

marks@kveg.nl

Beschikt u over een openbare website?

Ja

Het internetadres is:

www.kveg.nl

Naam kliniek: Kliniek voor Esthetische Geneeskunde

Vestigingsplaats: Amsterdam

Werd er in uw instelling behandeling en/of onderzoek uitgevoerd in het verslagjaar?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Afspraken ziekenhuis

Had uw instelling afspraken met een ziekenhuis waar de patiënt in geval van calamiteiten of complicaties, die niet in de instelling behandelbaar zijn, terecht kan (gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week)?

Ja, schriftelijk vastgelegd met ziekenhuis

Toelichting

Via eerste hulp or reguliere verwijzing

Met welk ziekenhuis heeft u schriftelijk en/of mondeling afspraken gemaakt?

OLVG Amsterdam

Had uw instelling afspraken met betrekking tot het gebruik van de OK of andere faciliteiten van het ziekenhuis?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Met welk ziekenhuis heeft u schriftelijk en/of mondeling afspraken gemaakt?

Geen antwoord gegeven.

Is het mogelijk in uw instelling te overnachten na een behandeling?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.2 Personeel / 8.2.1 Toezichtvraag: Percentage BIG-geregistreerde basisartsen, verpleegkundigen en medisch specialisten in FTE

De Wet BIG spreekt zich uitdrukkelijk uit over de bevoegdheid en de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Ook al is een beroepsbeoefenaar op basis van zijn registratie bevoegd tot het uitvoeren van een bepaalde behandeling, indien hij niet bekwaam is mag hij de behandeling toch niet uitvoeren. De norm is dus dat een behandeling wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die bevoegd en bekwaam is om dergelijke handelingen of verrichtingen te doen. Het is een taak van de raad van bestuur/directie om de BIG-registratie, maar ook de bekwaamheid van de zorgverleners te controleren, bewaken en vast te leggen. Dit vanwege de risico's die een behandeling door een onbekwaam arts met zich meebrengt, ook bij de indicatiestelling voor de ingreep en het inschatten van de resultaten van de behandeling bij een patiënt.

LET OP: alle vragen m.b.t. het personeel betreffen de situatie op de peildatum 31 december van het verslagjaar.

De volgende vragen gaan over de samenstelling, de deskundigheid en de bekwaamheid van de zorgverleners.

• Inclusiecriteria:

- onder medisch specialisten worden ook in het buitenland opgeleide artsen die een BIG- en RGS-registratie hebben, bedoeld (ongeacht dienstverband);
- ingehuurd (ziekenhuis)personeel.

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde basisartsen werkzaam in uw instelling?

Ja

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

1

Het aantal BIG-geregistreerde basisartsen (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

1

Waren er in het verslagjaar BIG-geregistreerde verpleegkundigen werkzaam in uw instelling?

Nee

Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

Waren er in het verslagjaar geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten werkzaam in uw instelling?

Nee

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

Het aantal geregistreerde anesthesiemedewerkers en/of OK-assistenten (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

Waren er in het verslagjaar RGS-geregistreerde medisch specialisten werkzaam in uw instelling?

Ja

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

0.1

Het aantal RGS-geregistreerde medisch specialisten (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

1

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Totaal aantal in bovenstaande categorieën in FTE: 1

3.1

Het totaal aantal (incl. bovenstaande categorieën) personeelsleden (NIET in FTE), werkzaam in uw instelling in het verslagjaar.

Totaal aantal in bovenstaande categorieën NIET in FTE: 2

3

Heeft uw instelling een Raad van Toezicht (of Raad van Commissarissen)?

Nee

Uit hoeveel personen bestaat de Raad van Toezicht (of Raad van Commissarissen)?

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.2 Personeel / 8.2.2 Toezichtvraag: Bevoegdheid zorgverleners

Regelmatig worden voorbehouden handelingen uitgevoerd door zorgverleners die hier niet zelfstandig voor bevoegd zijn (geen (juiste) BIG-registratie). Dit is alleen toegestaan onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener (die de juiste BIG-registratie bezit), waarbij de supervisor fysiek in de instelling aanwezig dient te zijn. De bekwaamheid van de gesuperviseerde moet aantoonbaar zijn vastgesteld.

Zijn in het verslagjaar door niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners voorbehouden handelingen uitgevoerd?

Nee

Wat was het aantal niet-zelfstandig bevoegde zorgverleners dat voorbehouden handelingen uitvoerde in het verslagjaar?

Geen antwoord gegeven.

Voerde de niet-zelfstandig bevoegde zorgverlener de voorbehouden handeling uit onder supervisie van een zelfstandig bevoegde zorgverlener die, ten tijde van de voorbehouden handeling, in de instelling aanwezig was?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.2 Personeel / 8.2.3 Toezichtvraag: Werkzaamheden in een ziekenhuis (NIET in FTE)

Uit ervaringen van de inspectie blijkt dat medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen veelal meer mogelijkheden hebben om deel te nemen aan kwaliteitbevorderende activiteiten dan in (kleinere) particuliere klinieken.

Waren de in het verslagjaar in uw instelling werkzame medisch specialisten ook werkzaam bij een ziekenhuis?

Ja

Het aantal in uw instelling werkzame medisch specialisten, dat in het verslagjaar ook nog werkzaam was bij een ziekenhuis (**NIET** in FTE)?

1

Toelichting

Als internist in het OLVG Amsterdam

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.2 Personeel / 8.2.4 Toezichtvraag: Bereikbaarheid

Definitie 24 uur per dag oproepbaar:

24 uur per dag telefonisch bereikbaar en in staat om binnen afzienbare tijd in de instelling aanwezig te zijn.

Hoe was de 24-uurs continuïteit van zorg in het verslagjaar gewaarborgd?

De behandelend arts was 24 uur per dag oproepbaar

Konden patiënten 7x24 uur fysiek beoordeeld worden door de behandelend/dienstdoende arts in de kliniek in geval van acute problemen?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.3 Behandelingen / 8.3.1

Toezichtvraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

Om een beeld te krijgen van het aantal patiënten, het aantal en soort behandelingen dat wordt uitgevoerd door instellingen vraagt de inspectie hieronder naar deze informatie.

Definitie:

Een behandeling betreft een in het verslagjaar uitgevoerde behandeling van medische (specialistische) aard, maar hoeft niet een afgesloten (DOT)traject te zijn, het kan zijn dat de nazorg in het jaar na het verslagjaar valt. Ook de eventuele voorbereiding voor de daadwerkelijke behandeling (bijvoorbeeld een operatie) mag in het voorgaande jaar zijn uitgevoerd. Verrichtingen die voortvloeien uit één diagnose/ behandelindicatie zoals een consult en de daarna volgende behandeling en nacontrole dienen als één behandeling te worden beschouwd. Dat geldt ook voor een serie behandelingen in het kader van bijvoorbeeld natte maculadegeneratie of obesitas. Niet ieder afzonderlijk contactmoment in een serie wordt geteld.

8.3.1 Toezichtvraag: Totaal aantal patiënten en behandelingen

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten dat binnen uw instelling werd behandeld en/of waar u **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek bij uitvoerde?

Nee

Toelichting

Door een upgrade naar een nieuw elektronisch patiënten dossier is het niet meer mogelijk om dit aantal vast te stellen

Voerde uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uit in het verslagjaar?

Nee

Welk diagnostisch onderzoek voerde u **zelf** uit?
(meerdere antwoorden mogelijk):

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij uw instelling **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Totaal aantal patiënten in het verslagjaar waarbij u **zelf** (niet uitbesteed) diagnostisch onderzoek uitvoerde.

Geen antwoord gegeven.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal diagnostische onderzoeken dat u **zelf** (niet uitbesteed) in uw instelling uitvoerde?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Totaal aantal diagnostische onderzoeken in het verslagjaar dat u **zelf** (niet uitbesteed) uitvoerde.

Geen antwoord gegeven.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal behandelingen dat binnen uw instelling werd uitgevoerd (uitgezonderd patiënten waarbij uitsluitend diagnostisch onderzoek is uitgevoerd)?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Het **totaal aantal behandelingen** in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek)?

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.3 Behandelingen / 8.3.2 Toezichtvraag: Invasieve behandelingen

Binnen het totale aantal behandelingen kan een onderscheid gemaakt worden in invasieve en niet-invasieve behandelingen.

• *Definitie invasieve behandelingen: behandelingen waarbij men met apparatuur of instrumentarium het lichaam binnendringt. Dit zijn dus snijdende ingrepen, waaronder operaties, inspuitingen en refractiechirurgie. Daarnaast alle (endo)scopische ingrepen.*

Indien invasieve behandelingen niet in de eigen instelling of in een ziekenhuis worden verricht, maar in een andere instelling, wordt gevraagd 'anders' te kiezen en toe te lichten hoe dit georganiseerd is.

Voerde uw instelling in het verslagjaar invasieve behandelingen uit (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek)?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Waar werden deze invasieve behandelingen verricht?

In de eigen instelling

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek) dat binnen uw instelling werd uitgevoerd?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Het **totaal aantal invasieve behandelingen** in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek).

Geen antwoord gegeven.

Het **totaal aantal patiënten** dat een invasieve behandeling onderging in het verslagjaar (uitgezonderd het diagnostisch onderzoek).

Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.3 Behandelingen / 8.3.3

Toezichtvraag: Behandelaanbod

Welke behandelingen en/of ingrepen werden er in uw instelling in het verslagjaar uitgevoerd?	
Oogheekkundige zorg	Nee
Orthopedische zorg	Nee
Plastisch chirurgisch/cosmetische zorg	Ja
Injectables (botox/fillers)	Ja
Bariatrische chirurgie en/of ingrepen (inclusief maagballonnen)	Nee
Dermatologische behandelingen	Ja
Cardiologie	Nee
Kaakchirurgische ingrepen	Nee
Keel-, neus- en oorheekkundige zorg	Nee
Medisch specialistische revalidatie	Nee
Gynaecologische zorg	Nee
Uitsluitend diagnostisch onderzoek	Nee
Ander behandelaanbod:	Ja

Ander behandelaanbod, toelichting:

Kliniek voor Esthetische Geneeskunde: cosmetische en antiveroudering behandelingen. Training, consultancy, research. Kliniek voor Integrale Gezondheid:

screenen op gezondheid. Begeleiding en advies in het monitoren van gezondheid. Optimalisering lichaamsgewicht. Hormoontherapie.

Wat was in het verslagjaar het dermatologische behandelaanbod van uw instelling?	
Dermato-oncologie	Nee
Liposuctie/ liposculpture	Nee
Overige dermatologie	Ja

Wat was in het verslagjaar het oogheekundige behandelaanbod van uw instelling?	
Cataractextractie	Geen antwoord gegeven.
Refractiechirurgie	Geen antwoord gegeven.
Overige oogheekunde	Geen antwoord gegeven.

8. Algemene vragen particuliere klinieken / 8.3 Behandelingen / 8.3.4 Toezichtvraag: Aantal patiënten onder de 18 jaar en van 70 jaar en ouder

Kinderen en ouderen vormen kwetsbare groepen, die in sommige opzichten specifiek beleid vereisen. Behandelingen van kinderen kunnen naar het oordeel van de inspectie alleen onder duidelijke voorwaarden in een particuliere kliniek worden verricht. Voor elke operatie dient de screening op het risico op delier te worden vastgelegd bij alle patiënten van 70 jaar en ouder.

Behandelde u in het verslagjaar patiënten jonger dan 18 jaar?

Ja, toelichting (type behandeling, aantallen patiënten per type behandeling)

Behandeling van acne

Behandelde u in het verslagjaar patiënten van 70 jaar en ouder?

Ja

Hoeveel patiënten jonger dan 18 jaar (<18 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

1

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 18 jaar tot 70 jaar werden in het verslagjaar behandeld?

1

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder (≥ 70 jaar) werden in het verslagjaar behandeld?

1

Hoeveel patiënten waarvan de leeftijd onbekend was werden in het verslagjaar behandeld?

0

Het totaal aantal behandelde patiënten dat u heeft ingevuld is: 3

Hoeveel patiënten in de leeftijd van 70 jaar en ouder werden in het verslagjaar invasief behandeld?

1

1. Operatief proces

Operatieve ingrepen variëren van een kleine ingreep met minimaal risico die zeer frequent wordt uitgevoerd, tot een uitgebreide hoog risico ingreep waarvan er maar enkele per jaar verricht worden. Wat al deze ingrepen gemeen hebben is dat er sprake is van de noodzaak voor een zoveel mogelijk gestandaardiseerd en voorspelbaar proces in een gecontroleerde omgeving.

1. Operatief proces / 1.1 Preoperatief en infrastructuur / 1.1.1 Toezichtvraag: Kwalificatie behandelruimte

Het verrichten van invasieve ingrepen stelt eisen aan de (bouwkundige) omstandigheden ten aanzien van de mate van steriliteit. De eisen voor operatieafdelingen en behandelkamers staan beschreven in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM): Richtlijn Luchtbehandeling in operatiekamers en Behandelkamers; NVMM, 7 april 2022*;

- Voor plaatsing van grote orthopedische implantaten door orthopeden, is een OK1+ vereist. De eisen voor een dergelijke operatiekamer zijn nader uitgewerkt in het standpunt van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV):

Verenigingsstandpunt NOV betreffende de eisen voor een klasse 1+ operatiekamer; NOV, 2022*;

- De classificatie van OK-complexen dient te worden aangetoond door middel van een validatie waarin alle criteria uit de richtlijnen/standpunten zijn beoordeeld.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 1+?

Nee

Hoeveel OK's klasse 1+ behoren tot uw eigen instelling?

Geen antwoord gegeven.

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?
(dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1+?

Geen antwoord gegeven.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 1?

Nee

Hoeveel OK's klasse 1 behoren tot uw eigen instelling?

Geen antwoord gegeven.

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?
(dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 1?

Geen antwoord gegeven.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een OK klasse 2?

Nee

Hoeveel OK's klasse 2 behoren tot uw eigen instelling?

Geen antwoord gegeven.

Wat is de datum van het laatste validatierapport van de gehele operatieafdeling?
(dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van een OK klasse 2?

Geen antwoord gegeven.

Voerde u invasieve ingrepen uit in een zelfstandige behandelkamer ?

Ja

Hoeveel zelfstandige behandelkamers behoren tot uw eigen instelling?

3

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van behandelkamers?

0

Benoem de instellingen

Geen antwoord gegeven.

Voerde u invasieve ingrepen uit in behandelruimten anders dan hiervoor genoemd?

Nee

Hoeveel andere behandelruimten behoren tot uw eigen instelling?

Geen antwoord gegeven.

In hoeveel andere (dan van uzelf) instellingen maakte u gebruik van deze andere behandelruimten?

Geen antwoord gegeven.

Benoem de instellingen

Geen antwoord gegeven.

1. Operatief proces / 1.1 Preoperatief en infrastructuur / 1.1.2 Toezichtvraag: Zorgzwaarte van de patiënten

Om de gezondheidstoestand van de patiënt te beoordelen voor een invasieve ingreep/operatie is het gebruikelijk om patiënten voorafgaand aan de ingreep/preoperatief in te delen in vijf ASA-klassen (American Society of Anesthesiologists). ASA 1 komt overeen met een volkomen gezonde patiënt, ASA 2 betreft patiënten met een systemische aandoening die niet tot beperkingen in de dagelijkse activiteiten leidt, bij ASA 3 is dat wel het geval, ASA 4 betreft patiënten met zeer ernstige gezondheidsproblemen, bij ASA 5 patiënten is overlijden met of zonder ingreep binnen 24 uur te verwachten. Naast de ASA-klasse zijn er ook leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten die van invloed zijn op de risico's van een operatie.

1. Operatief proces / 1.2 Peroperatief / 1.2.1 Toezichtvraag: Procedurele sedatie

Met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA) wordt bedoeld het toedienen van een sedativum en/of (sederend) analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure

1. maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angsten);
2. dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities.

Fundamenteel uitgangspunt is dat pijn in principe altijd met een pijnstillers of een pijnstillende techniek bestreden wordt. Sedatie wordt gegeven om angst te verminderen of het bewustzijn zodanig te verlagen, dat de betreffende onaangename procedure veilig uitvoerbaar is.

PSA kan veilig worden uitgevoerd door niet-anesthesiologen, mits aan een aantal kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden is voldaan. PSA-gerelateerde incidenten komen frequent voor, maar door tijdig handelen van getrainde niet-anesthesiologen en verpleegkundigen kunnen ze worden opgevangen zonder dat dit tot complicaties hoeft te leiden. Deze training bestaat onder andere uit het aanleren van screening, monitoring, basis luchtwegmanagement en Basic Life Support en, indien matige tot diepe sedatie het doel is, Advanced Life Support (ALS).

De uitvoering van de sedatierichtlijn is belegd bij een lokale 'sedatiecommissie' (de PSA-commissie). Deze commissie is ingesteld door de raad van bestuur/directie van de instelling en heeft voor de uitvoering voldoende mandaat en middelen om ervoor zorg te dragen dat de uitvoering van PSA plaats vindt volgens de richtlijn en het toetsingskader. Zij is belast met de protocolontwikkeling, complicatieregistratie en

evaluatie van PSA in samenspraak met hoofdbehandelaar, anesthesioloog, kinderarts en medisch management.

De doelgroep waarop deze vraag betrekking heeft wordt gevormd door alle patiënten die PSA krijgen toegediend voor een procedure.

Paste u een vorm van anesthesie toe?

Ja

Paste u lokale anesthesie toe?	Ja
Paste u algehele anesthesie toe?	Nee
Paste u procedurele sedatie toe?	Nee

Werkte u in uw instelling in het verslagjaar volgens het toetsingskader sedatie en/of analgesie?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Was er in het verslagjaar in uw instelling een lokale PSA-commissie actief?

Geen antwoord gegeven.

Was u in het verslagjaar aangesloten bij een externe PSA-commissie?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Het aantal patiënten waarbij procedurele sedatie werd toegepast in het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

1. Operatief proces / **1.3 Bariatrische chirurgie en ingrepen** / **1.3.1 toezichtvraag: Volume bariatrische chirurgie en ingrepen**

Welke bariatrische ingrepen werden er uitgevoerd in het verslagjaar en hoeveel?

1. Operatief proces / 1.4 Implantaten / 1.4.1 Toezichtvraag: Implantatenregister

Door een implantatenregister bij te houden kunnen problemen met een implantaat voortijdig worden herkend en patiënten zo nodig actief worden opgespoord.

Gebruikte uw instelling implantaten in het verslagjaar?

nee

Gebruikte uw instelling implantaten uit de inclusielijst voor het Landelijk Implantaten Register (LIR)? Inclusielijst:
<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/referentielijsten/inclusielijst-lir/>

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Onder welke (kliniek)naam registreert u de implantaten in het LIR die in deze vestiging (waar u nu de 'Toezichtvragen msz' over aanlevert) worden geplaatst?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Welk soort implantaten gebruikte uw kliniek?
(meerdere antwoorden mogelijk)

Geen antwoord gegeven.

Maakte uw instelling gebruik van een registratiesysteem voor implantaten?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Van welk registratiesysteem voor implantaten maakte uw kliniek gebruik?
(meerdere antwoorden mogelijk)

Geen antwoord gegeven.

1. Operatief proces / 1.5 Cosmetische chirurgie / 1.5.2 Toezichtvraag: Ongeplande herbehandeling na invasieve cosmetische ingreep

Een ongeplande herbehandeling is een behandeling die wordt verricht omdat een vorige behandeling tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd. Complicaties kunnen niet altijd worden voorkomen, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvoldoende kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een suboptimale behandeltechniek bij de primaire behandeling, suboptimale peroperatieve zorg, suboptimale indicatiestelling).

• Inlusiecriteria:

- alle patiënten waarbij een invasieve cosmetische behandeling plaatsvond
- alle patiënten waarbij binnen twaalf maanden een herbehandeling plaatsvond als gevolg van een complicatie of ontevredenheid van de patiënt.

• Exclusiecriteria:

- geplande herbehandelingen
- een herbehandeling na een primaire invasieve behandeling die langer dan twaalf maanden geleden is uitgevoerd.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling heeft plaatsgevonden bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling ondergingen?

Ja

Toelichting

Betreft 7 nabehandelingen na een botox injectie, waarvan in 6 gevallen minder effectiviteit en 4 nabehandelingen na een filler injectie, waarvan 3 complicaties

Teller 1: Het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van complicaties tijdens/na de initiële behandeling in het verslagjaar.

4

Teller 2: Het aantal ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische

behandeling hebben ondergaan, als gevolg van ontevredenheid over het behaalde resultaat bij de initiële behandeling in het verslagjaar.

8

Noemer: Het totaal aantal invasieve cosmetische behandelingen uitgevoerd in het jaar voorafgaand aan het verslagjaar.

100

Percentage ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van complicaties tijdens/na de initiële behandeling (wordt automatisch berekend): 4%

Percentage ongeplande herbehandelingen dat binnen twaalf maanden na de initiële behandeling plaatsvond bij patiënten die een invasieve cosmetische behandeling hebben ondergaan, als gevolg van ontevredenheid over het behaalde resultaat bij de initiële behandeling (wordt automatisch berekend): 8%

2. Medicatieproces

Een belangrijk deel van medicatiefouten ontstaat door de overdracht van informatie over medicatie van de ene zorgverlener naar de andere, tussen instellingen of binnen afdelingen. Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is een zorgvuldige medicatieoverdracht belangrijk. Daarnaast is medicatiebewaking essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen.

2.1 Elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijven is essentieel voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen. Indien op het moment van voorschrijven geen medicatiebewaking kan worden uitgevoerd, ontstaat een risico voor de patiënt.

2.1.1 Toezichtvraag: Elektronisch voorschrijven

De KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven beschrijft dat voorschrijvers geneesmiddelen dienen voor te schrijven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden

voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoeligheidsreacties.

Het elektronisch voorschrijfsysteem moet ten minste de volgende functionaliteiten omvatten:

- a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- c Bewaken op onjuiste dosering;
- d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

Het doel van deze vraag is om na te gaan of de instelling werkt met een elektronisch voorschrijfsysteem zoals bedoeld in de richtlijn Elektronisch voorschrijven.

Schrijft uw instelling medicatie voor?

Ja

Heeft de instelling in het verslagjaar een elektronisch voorschrijfsysteem dat voorzien is van de vijf genoemde functionaliteiten?

Nee

Toelichting

Wij schrijven handmatig voor op grond van de uitzonderingsregel van artikel 4 KNMG richtlijn elektronisch voorschrijven

Zijn er in het verslagjaar vastgelegde werkafspraken over het vragen naar allergieën en overgevoeligheden aan iedere patiënt bij behandeling in de instelling?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

3. Zorg / 3.1 Delirium

Het delirium kan gedefinieerd worden als een globale en reversibele stoornis van het hersenmetabolisme die gepaard gaat met een verscheidenheid aan neuropsychiatrische symptomen. Het wordt gekenmerkt door een verlaagd bewustzijn met een gestoorde aandacht en concentratie, cognitieve stoornissen, waaronder stoornissen van het geheugen, oriëntatie en taal, en perceptuele

stoornissen, zoals hallucinaties. In het meest typische geval ontstaat een delirium binnen een korte periode en heeft het een fluctuerend beloop.

Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijngevolgen, zoals een langere duur van een kliniekopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in een kliniek, een toegenomen sterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten.

3. Zorg / 3.1 Delirium / 3.1.1 Toezichtvraag Zorgplan voor delirium

Het tijdig herkennen van een patiënt met een verhoogd risico op een delier, of met een aanwezig delier, op de preoperatieve poli of bij klinische opname vergroot de kans dat zonder onnodig oponthoud een zorgplan voor patiënten met een delier wordt uitgevoerd. Dit zorgplan, dat in principe multidisciplinair van karakter is en specifieke onderdelen bevat voor iedere individuele patiënt, vervult een spilfunctie in de zorgverlening voor kwetsbare oudere patiënten.

In het zorgplan delier wordt voor iedere patiënt de algemene zorgvisie omtrent delirante patiënten en de zorg die zij behoeven, vertaald in concrete activiteiten. Het werken met een zorgplan delier dwingt tot het systematisch en doelgericht omgaan met gegevens over de patiënt en zijn behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, en tot het aanbrengen van methode en structuur in het handelen van de hulpverleners. Voor de inhoud van een zorgplan wordt verwezen naar de bestaande richtlijn.

Inclusie:

- Patiënten die voor een operatie klinisch (langer dan 24 uur) worden opgenomen.

Exclusie:

- Patiënten die worden opgenomen voor dagbehandeling.

A. Wordt op uw preoperatieve poli en bij klinische opname standaard het risico op een delier bij patiënten uitgevraagd en vastgelegd in het dossier aan de hand van de volgende drie vragen (VMS Veiligheidsprogramma):

- Hebt u geheugenproblemen?
- Hebt u in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg?
- Zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat u in de war was?

Preoperatieve poli (patiënten \geq 70 jaar)	
Klinische opname (patiënten \geq 70 jaar)	

B. Worden patiënten met een verhoogd risico op het ontstaan van delier tijdens klinische opname standaard met een vast (gevalideerd) instrument gescreend (beoordeeld) op de aanwezigheid van een delier en wordt het resultaat vastgelegd in het dossier?

Klinische opname (patiënten \geq 70 jaar)	
---	--

C. Wordt op uw preoperatieve poli en bij klinische opname bij patiënten met een verhoogd risico op delier of met een delier direct en aantoonbaar een zorgplan/verpleegplan delier in werking gesteld?

Preoperatieve poli	
--------------------	--

Klinische opname	
------------------	--

4. Bewegingsapparaat

Ziekten van het bewegingsapparaat zijn ziekten aan spieren, pezen, botten, gewrichten en bindweefsel. Nek- en rugklachten zijn de meest voorkomende ziekten van het bewegingsapparaat.

4.1 Reumatologiepraktijk

In de reumatologie zijn kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie ontwikkeld en geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Deze omvatten ondermeer een minimum norm voor het aantal werkende reumatologen en full time equivalent (fte) reumatologen per reumatologie praktijk.

4.1.1 Toezichtvraag: Reumatologiepraktijk

De norm voor het aantal reumatologen is dat binnen één reumatologie praktijk minimaal twee personen werken. De achterliggende reden is dat zowel intercollegiale toetsing, samenwerking, als continuïteit en toegankelijkheid suboptimaal is als een reumatoloog alleen werkt. Afgelopen decade zijn met enkele van het beperkt aantal huidige eenmans praktijken problemen geweest rondom meedoen en voldoen aan kwaliteit(her)visitatie. De norm voor het aantal fte reumatologen binnen één reumatologie praktijk is minimaal 1.6 fte.

Probleemstelling

Binnen de geregistreerde reumatologen in Nederland functioneren een aantal reumatologen als solo/eenmans praktijk. In de afgelopen decade is rondom visitaties van deze praktijken een aantal problemen geweest, waaronder niet meedoen aan*

visitatie, niet voldoen aan minimum normen, en niet voldoen aan minimum normen bij hervisitatie. Problemen betreffen met name:

- Ontbreken van intercollegiale toetsing op medisch handelen*
- Suboptimale CANMED competenties* betreffende samenwerken*
- Geen goede borging continuïteit en toegankelijkheid buiten kantooruren en bij afwezigheid*

Richtlijn/ norm

Kwaliteitsnormen praktijkvoering reumatologie van de NVR.

Doelstelling

Het doel van deze vraag is om geen reumatologie praktijken in Nederland te hebben die bestaan uit minder dan 1.6 fte reumatoloog. De norm is dat er twee of meer reumatologen werkzaam zijn in een reumatologie praktijk. Dit zal de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

Definities

- Reumatoloog: een RGS ge(her)registreerde medisch specialist reumatologie.*
- Een reumatologie praktijk: iedere organisatorische eenheid of rechtspersoon die medische zorg in de reumatologie verricht, daaronder begrepen solistisch werkende zorgverleners die beroepsmatig reumatologische zorg verlenen.*
- Fte: Full time equivalent, waarbij 1 fte = 1 reumatoloog die 45 uur of meer per week werkt, waarvan minimaal 16 uur patiëntgebonden werk. In deze vraag kan één persoon niet meer dan 1.0 fte werken.*

Inclusiecriteria:

- Alle reumatologie praktijken en reumatologen die patiënten behandelen in Nederland.*

Exclusiecriteria:

- Reumatologen die geen patiënt gebonden werk doen (bijvoorbeeld bestuurlijk, onderzoek).*

Zijn er reumatologen werkzaam in de instelling?

Nee

A. Aantal reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

B. Aantal fte reumatologen werkzaam in uw reumatologiepraktijk op 31 december van het verslagjaar.

Geen antwoord gegeven.

5. Medisch specialistische revalidatie

5.1 Organisatie medisch specialistische revalidatie

In het algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde (VRA, november 2021)* worden een aantal (rand)voorwaarden beschreven waaraan medisch specialistische revalidatie moet voldoen om deze zorg op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen en de kwaliteit van de zorgverlening te kunnen borgen.

Eén van deze voorwaarden betreft de verhouding tussen het aantal fte geregistreerde revalidatieartsen en het aantal Physician Assistants(PA)/ Verpleegkundig Specialisten (VS). Dit betreft voorwaarde 2 uit bovengenoemd beroepskader:

Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings-) instelling werkzame Physician Assistants (PA)/Verpleegkundig Specialisten (VS) revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste tweemaal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is.

5.1.1 Toezichtvraag: Medisch specialistische revalidatie

6. Infectieziekten

Infecties vormen één van de belangrijkste groepen van complicaties bij vele vormen van behandelingen die patiënten in een instelling ondergaan. Uit de literatuur blijkt dat het percentage infecties kan worden teruggebracht door gegevens over infecties te registreren, te analyseren en te rapporteren (surveillance). Inzicht in het aantal en de soort infecties geven de instelling een handvat om het gevoerde preventiebeleid te evalueren en te bepalen waar verbeteracties mogelijk of nodig zijn. Daarom speelt infectiepreventie een belangrijke rol bij het inrichten van een verantwoord zorgproces.

6.1 Infecties na behandeling

Bij het voorkómen van infecties spelen adequate maatregelen op het gebied van infectiepreventie een rol. Veel ziekenhuizen voeren een gericht beleid om ziekenhuisinfecties te reduceren. Surveillance van ziekenhuisinfecties maakt deel uit van dit beleid. Voor particuliere klinieken is dit ook van belang. Het doel is optimalisatie van het infectiepreventiebeleid, waarvan het effect middels voortgaande surveillance kan worden gemeten. Onderstreept moet worden dat surveillance veel meer is dan het feitelijk registreren van infecties. De kenmerkende activiteiten van de surveillance van infecties zijn: het ontwikkelen van een methode van aanpak, het verzamelen (het daadwerkelijk registreren), verwerken, analyseren

en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals; zonodig gevolgd door de implementatie van interventie maatregelen.

6.1.1 Toezichtvraag: Surveillance van postoperatieve infecties

Werden alle patiënten in het verslagjaar systematisch gecontroleerd op een postoperatieve infectie?

Ja

Toelichting

Reactief op basis van instructie aan de patient zich te melden bij symptomen van een infectie en pro-actief na een ablatieve (huid verdampende) laser behandeling (met een hoger risico op infecties)

Systematische controle op postoperatieve infecties gebeurde door: (meerdere antwoorden mogelijk)

Alle patiënten te adviseren om bij tekenen van een infectie direct contact op te nemen met de instelling

6. Infectieziekten / 6.1 Infecties na behandeling / 6.1.2 Toezichtvraag: Ingrepen met infectie

Registreerde u in het verslagjaar het aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad?

Ja

Toelichting

Er zijn geen infecties gerapporteerd

Aantal invasieve behandelingen waarbij een (postoperatieve) infectie optrad in het verslagjaar.

0

6. Infectieziekten / 6.2 Vroege herkenning vitaal bedreigde patiënt / 6.2.1 Toezichtvraag: Vroegtijdig signaleringssysteem vitaal bedreigde patient

In het VMS thema 'vitaal bedreigde patiënt' wordt het gebruik van een single- of geaggregeerde parametersysteem ((M)EWS) aanbevolen om vitaal bedreigde patiënten tijdig te herkennen.

Het primaire doel van de toezichtvraag is het aanzetten tot invoering en toepassing van een signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt.

Definities

Een vroegtijdig signaleringssysteem voor de vitaal bedreigde patiënt bestaat uit een single- of geaggregeerd parametersysteem. Er wordt aanbevolen om de Early Warning Score (EWS) of de Modified Early Warning Score (MEWS) te gebruiken.

Inclusiecriteria:

- patiënten die na een operatie klinisch worden opgenomen en/of patiënten die buiten kantoortijden in de kliniek verblijven.

7. Algemeen kwaliteitsbeleid

Bij een goed beleid is een instelling beter in staat om kwaliteitsproblemen zelf op te vangen. Een cultuur waarbij open over problemen kan worden gesproken, kan voorkomen dat er risico ontstaat op het optreden van onverantwoorde zorg.

7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist en basisarts. Dat leidt tot de stelling dat goede (medisch specialistische) zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het functioneren van de medisch specialist en basisarts. Het feit dat de kwaliteit van de organisatie van een kliniek eveneens zeer belangrijk is voor goede zorg doet niets af aan die constatering.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij het bestuur van de instelling. Het is voor de inspectie dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist of basisarts zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

7.1.1 Toezichtvraag: Functioneren medisch specialisten/basisartsen

Het is van belang dat binnen een instelling een systeem bestaat waarmee het functioneren van medisch specialisten/ basisartsen binnen de instelling systematisch wordt beoordeeld. Om het functioneren goed in beeld te brengen is het belangrijk

dat feedback van collega's binnen en buiten (bijvoorbeeld waarnemers, verwijzers, samenwerkende zorgverleners) de instelling en patiënten bij deze beoordeling worden betrokken. Deze vorm en omvang van feedback wordt verder 360-graden feedback genoemd.

Is in uw instelling een beoordelingssysteem, inclusief 360-graden feedback (zie boven), voor het functioneren van medisch specialisten/ basisartsen aanwezig?

Ja

Toelichting

Deze feedback wordt eens per 5 jaar uitgevoerd, conform de eis

Hoeveel medisch specialisten hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

0

Hoeveel basisartsen hebben in het verslagjaar deelgenomen aan dit beoordelingssysteem?

0

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.1 Functioneren medisch specialisten/basisartsen / 7.1.2 Toezichtvraag: Regeling mogelijk disfunctioneren zorgverleners

De kerntaak van de inspectie is het waarborgen van het gerechtvaardigd vertrouwen van patiënten in de zorg die zij ontvangen. Patiënten moeten het vertrouwen kunnen hebben dat zij niet behandeld worden door zorgverleners die zo disfunctioneren dat onverantwoorde zorg wordt verleend. Om mogelijk disfunctioneren tijdig op te sporen en te zorgen dat de verleende zorg veilig blijft, is het noodzakelijk dat een instelling een regeling voor mogelijk disfunctionerende zorgverleners heeft opgesteld. In deze regeling moet ook worden beschreven hoe met een mogelijk disfunctionerende zorgverlener wordt omgegaan en onder welke voorwaarde deze zorg mag (blijven) verlenen. Indien geen verbetering optreedt/ mogelijk is en de samenwerking met deze zorgverlener wordt om deze reden opgezegd, moet dit worden gemeld bij de inspectie. De inspectie kan en zal het gebruik van de regeling disfunctioneren toetsen aan de hand van meldingen uit de instelling.

Heeft de instelling een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend zorgverlener?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een zorgverlener wordt vermoed?

Nee

Toelichting

Deze regeling is niet gebruikt aangezien er geen sprake was van vermoeden disfunctioneren zorgverlener

Is vastgelegd dat, indien relevant, een ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren wordt gemeld bij de inspectie?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.2 Evalueren functioneren zorgverleners / 7.2.1 Toezichtvraag: Functioneringsgesprekken

Bij functioneringsgesprekken voeren de Raad van Bestuur/directie en de zorgverleners een gesprek over onder meer het inhoudelijk functioneren. Onder zorgverleners worden alle medewerkers verstaan die medische zorg aan patiënten leveren.

Is er een systeem van functioneringsgesprekken tussen raad van bestuur/directie en zorgverleners?

Ja

Toelichting

Een zorgverlener per december 2025 in dienst, hiermee is geen functioneringsgesprek gehouden

Het totaal aantal zorgverleners dat in het verslagjaar werkzaamheden heeft verricht in de instelling (ongeacht het soort dienstverband). Peildatum: 31 december van het verslagjaar

3

Hoeveel van de bovengenoemde zorgverleners hebben in het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek deelgenomen?

1

Percentage zorgverleners dat in het verslagjaar aan minimaal 1 functioneringsgesprek heeft deelgenomen (wordt automatisch berekend): 33.33%

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.3 Patiënttevredenheid

Om goede zorg te kunnen bieden is het van belang om de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg, nazorg en dienstverlening te toetsen. Dit levert informatie op voor het verbeteren van die zorg.

7.3.1 Toezichtvraag: Geschillen

Klachten en geschillen zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van zorg in een instelling.

- Exclusiecriteria:
 - nog lopende klachten en geschillen uit voorgaande verslagjaren.

Was uw instelling in het verslagjaar aangesloten bij een geschillencommissie, conform de Wkkgz?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Wat was in het verslagjaar het aantal geschillen, behandeld door de geschillencommissie?

0

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.3 Patiënttevredenheid / 7.3.2 Toezichtvraag: Patiënttevredenheidsonderzoek

In een patiënttevredenheidsonderzoek komen onderwerpen aan de orde als ontvangst, bejegening en behandeling door de arts, het verstrekken van informatie,

vertrek en nazorg. Om optimale en klantgerichte zorg te kunnen leveren, is het van belang dat de instelling op de hoogte is van de tevredenheid van haar patiënten. Het meten van patiënttevredenheid op zich is niet ingewikkeld; dit zo doen dat de resultaten ook werkelijk wat zeggen is wel ingewikkeld. Hiervoor zijn gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld, zoals de CQ-index (voor patiëntervaringen en wat zij belangrijk vinden) of de vragenlijsten van de NVZ en ZKN. Onder systematisch onderzoek naar tevredenheid van patiënten wordt verstaan: 'het minimaal eenmaal per patiënt per kalenderjaar afnemen van een vragenlijst over of interview naar de tevredenheid van de patiënt'.

Voerde u in het verslagjaar patiënttevredenheidsonderzoek uit?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Registreerde u in het verslagjaar het aantal patiënten waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Het aantal patiënten, waarbij u systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening onderzocht heeft in het verslagjaar.

1

Percentage patiënten waarbij systematisch de tevredenheid betreffende de zorgverlening is onderzocht in het verslagjaar, gebaseerd op het totaal aantal behandelde patiënten (automatisch berekend): 33.33

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.4 Kwaliteitskeurmerk

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) stelt het hebben van een kwaliteitssysteem verplicht. Volgens de wet moet kwaliteit systematisch worden gemeten, zodat kan worden bekeken of doelstellingen en resultaten worden behaald of moeten worden bijgesteld om tot goede zorgverlening te leiden. Er moet in dit kader voldaan worden aan de volgende eisen:

– het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;

- deze gegevens op systematische wijze toetsen of de uitvoering leidt tot goede zorg;
- op basis van deze uitkomst zo nodig de zorgverlening aanpassen.

Een kwaliteitskeurmerk kan bijdragen aan het proces van bewaken, beheersen en verbeteren van zorg. Het maakt de processen in de organisatie transparant en helpt ze te verbeteren.

7.4.1 Toezichtvraag: Kwaliteitskeurmerk

Beschikte uw instelling in het verslagjaar over een of meer kwaliteitscertificaten?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Over welke kwaliteitscertificaten beschikte uw instelling in het verslagjaar?
(meerdere antwoorden mogelijk)

Geen antwoord gegeven.

U heeft gekozen voor anders; geef hieronder aan om welke kwaliteitscertificaten het gaat.

Geen antwoord gegeven.

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.5 Meldcode

Een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten verplicht zo'n meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring.

Sinds 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg van kracht (Wkkgz). In artikel 8 Wkkgz staat de verplichting voor de zorgaanbieder een meldcode vast te stellen. Een meldcode beschrijft in vijf stappen wat professionals moeten doen bij vermoedens van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren stellen een eigen meldcode op met daarin in ieder geval deze vijf stappen:

1. In kaart brengen van signalen.
2. Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig thuis: het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Of een deskundige op het gebied van letselduiding.
3. Gesprek met de betrokkene(n).

4. Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd Veilig thuis raadplegen.
5. Beslissen over zelf hulp organiseren of melden (afwegingskader in de meldcode).

7.5.1 Toezichtvraag Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling

Beschikte uw instelling over een meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling in het verslagjaar ?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Gebruikte uw instelling in het verslagjaar de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling als huiselijk geweld en/of kindermishandeling werd vermoed?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Bood uw organisatie in het verslagjaar opleidingen en/of trainingen aan, voor al het personeel dat patiëntencontact had, om de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling te kunnen hanteren?

Ja

Toelichting

Bestaande uit bekend zijn met de interne procedure

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen

Het is voor de inspectie van belang dat het functioneren van medisch specialisten door beroepsgenoten (intercollegiaal) wordt beoordeeld, omdat zij een oordeel kunnen geven over het medisch inhoudelijk functioneren van de betreffende medisch specialisten. Daarom hecht de inspectie veel waarde aan visitaties door wetenschappelijke verenigingen. Een dergelijke visitatie is één van de mogelijkheden waarmee een medisch specialist zijn bekwaamheid (voor een deel) kan aantonen.

Gezien de structurele en objectieve wijze van toetsing, heeft een formele visitatie door een wetenschappelijke vereniging de voorkeur. Mocht deze vorm van intercollegiale toetsing (visitatie door wetenschappelijke vereniging) niet mogelijk zijn, dan kan een instelling deze intercollegiale toetsing ook op een andere manier organiseren. Het is hierbij belangrijk dat deze intercollegiale toetsing zo objectief mogelijk wordt uitgevoerd en de resultaten worden vastgelegd.

Tot welk medisch specialisme behoorden de in uw instelling (in het verslagjaar) werkzame artsen?

Internisten

Cosmetisch artsen KNMG

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.1 Toezichtvraag: Visitatie door NVA

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.2 Toezichtvraag: Visitatie door NVKNO

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.3 Toezichtvraag: Visitatie door NOG

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.4 Toezichtvraag: Visitatie door NVVC

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.5 Toezichtvraag: Visitatie door NVDV

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.6 Toezichtvraag: Visitatie door NVPC

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.7 Toezichtvraag: Visitatie door NOV

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.8 Toezichtvraag: Visitatie door NVMDL

Waren alle in uw instelling werkzame MDL-artsen aangesloten bij de NVMDL?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van MDL-artsen plaats in uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Werden er in uw instelling door internisten endoscopieën uitgevoerd?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Vond er in de laatste vijf jaar een kwaliteitsvisitatie van internisten die endoscopieën uitvoerden plaats in uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVMDL (dus inclusief verslagjaar)?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVMDL? (dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

Werden er aanbevelingen gedaan?

Geen antwoord gegeven.

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

Geen antwoord gegeven.

Werden er voorwaarden gesteld?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.9 Toezichtvraag: Visitatie door NIV

Waren alle in uw instelling werkzame internisten aangesloten bij de NIV?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Vond er in de laatste 5 jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NIV (dus inclusief verslagjaar)?

Nee

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Wat is de datum van de laatste visitatie in uw instelling door de NIV? (dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

Werden er aanbevelingen gedaan?

Geen antwoord gegeven.

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

Geen antwoord gegeven.

Werden er voorwaarden gesteld?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

7. Algemeen kwaliteitsbeleid / 7.6 Visitaties door wetenschappelijke verenigingen / 7.6.10 Toezichtvraag: Visitatie door NVCG

Waren alle in uw instelling werkzame cosmetisch artsen KNMG aangesloten bij de NVCG?

Ja

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

Vond er in de laatste 5 jaar een kwaliteitsvisitatie plaats in uw instelling (particuliere kliniek waar deze 'Toezichtvragen msz' over aangeleverd wordt) door de NVCG (dus inclusief verslagjaar)?

Nee

Toelichting

De NVCG voert geen kwaliteitsvisitatie meer uit

Wat is de datum van de laatste visitatie door de NVCG? (dd-mm-jjjj)

Geen antwoord gegeven.

Werden er aanbevelingen gedaan?

Geen antwoord gegeven.

Werden er zwaarwegende adviezen gegeven?

Geen antwoord gegeven.

Werden er voorwaarden gesteld?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting

Geen antwoord gegeven.

9. Toezichtvragen verbeterdoelen

Onderdeel van deze uitvraag zijn verbeterdoelen. De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan de inspectie aan te leveren.

Voor particuliere klinieken die geen verbeterdoelen aanleveren, kan het thema uit een verbeterdoel wel (deels) relevant zijn. Daarom zijn voor deze particuliere klinieken een aantal toezichtvragen opgenomen, die zijn afgeleid van de verbeterdoelen. Tijdens het invullen van de toezichtvragen wordt rekening gehouden met het behandel aanbod, waarmee getracht wordt om deze vragen alleen te stellen aan klinieken waar deze (deels) van toepassing zijn.

Heeft u van de inspectie een persoonlijke uitnodiging gehad om de uitwerking van verbeterdoelen aan de inspectie aan te leveren?

Nee

Toelichting:

Geen antwoord gegeven.

9. Toezichtvragen verbeterdoelen / 9.1 Antistolling - Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid

Schrijft u antistollingsmedicatie voor en/of wijzigt u de antistollingsmedicatie van uw patiënten, indien de ingreep/ behandeling hierom vraagt?

Nee

Heeft u vastgesteld beleid m.b.t. antistolling waarin minimaal het onderstaande is beschreven (indien binnen de kliniek geen invasieve ingrepen worden uitgevoerd, gelden onderstaande punten m.b.t. ingrepen niet):

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast.
- Wie stelt het bloedingsrisico vast.
- Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor.
- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang.
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze.
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang.
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze.
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast.

- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/ trombosedienst/huisarts/ apotheek over het beleid.
- Op welke wijze en door wie gecommuniceerd wordt in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt.
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid vastgelegd wordt in de time out procedure. (indien relevant)

Geen antwoord gegeven.

Heeft u een arts met antistolling als aandachtgebied in uw kliniek?

Geen antwoord gegeven.

Is deze arts buiten kantoortijden bereikbaar voor intern collegiaal overleg?

Geen antwoord gegeven.

Toelichting:

Geen antwoord gegeven.

9. Toezichtvragen verbeterdoelen / 9.2 Pijnbeleid - Realiseren van een optimaal pijnbeleid

9. Toezichtvragen verbeterdoelen / 9.3 Optimaliseren diagnostische processen - De complexiteit van het diagnostisch proces

Wordt er binnen uw instelling diagnostisch onderzoek aangevraagd (zowel intern als extern)?

Ja

Het is belangrijk dat de aanvrager van diagnostiek kan leren van feedback van de professional/instelling die de diagnostiek uitvoert (hierna: uitvoerder), waarbij de uitvoerder (indien relevant) de aanvrager bijvoorbeeld adviseert over de (on)mogelijkheden van het aangevraagde onderzoek en alternatieve diagnostiek voorstelt. Dit kan bijvoorbeeld op individueel casusniveau (bijvoorbeeld tijdens de aanvraag voor het onderzoek of bij de terugkoppeling van de resultaten van het

uitgevoerde onderzoek) of op meer geaggregeerd niveau (bijvoorbeeld periodieke terugkoppeling door de uitvoerder).

Is er binnen uw instelling een hierboven beschreven systeem/organisatie aanwezig, waarbij de aanvragers op basis van feedback door de uitvoerder kunnen leren?

Ja

Toelichting:

Geen antwoord gegeven.

In het kader van een gesloten communicatieketen is het belangrijk dat bij kritieke (neven)bevindingen de professional/ instelling die de diagnostiek uitvoert (hierna: uitvoerder) verifieert dat deze bevindingen ook daadwerkelijk bij de aanvrager terecht komen en dat de uitslag is begrepen. Deze verificatie kan op verschillende manieren worden uitgevoerd, waarbij het van belang is dat deze navolgbaar is.

Is er binnen uw instelling een bovenbedoeld systeem/ organisatie aanwezig, waarbij de uitvoerder verifieert of kritieke (neven)bevindingen ontvangen en begrepen zijn door de aanvrager?

Nee

Toelichting:

Dit is een verantwoordelijkheid van de instelling die diagnostiek uitvoert

U bent gekomen aan het einde van de vragenlijst. Heeft u alle vraagpagina's ingevuld én afgerond? In dat geval ziet u in de inhoudsopgave bij elk hoofdstuk een vinkje. Indien uw antwoorden definitief zijn, klikt u op de knop "Antwoorden zijn definitief: vragenlijst klaarzetten voor accorderen".

Dit was de vragenlijst. U kunt nu dit scherm sluiten.